



ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЛЬГОТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В СВЯЗИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

Данное Заявление на предоставление льготного медицинского обслуживания могут подавать только женщины в возрасте 19 лет и старше.

Если Вы беременная женщина, достигшая 19-летнего возраста и старше, то Вам следует заполнить данное Заявление и отправить его по почте в Офис Общественного Обслуживания (CSO) при Департаменте Социального Обеспечения и Здравоохранения по месту вашего жительства. Если у Вас возникнут вопросы, звоните в Администрацию программы "Здоровые матери - Здоровые дети" по телефону:

1-800-322-2588
только TDD/TTY 1-800-833-6385

Если же вы являетесь:

- беременной женщиной, не достигшей 19-летнего возраста, то Вам следует звонить по телефону: 1-800-562-3022 (только TDD/TTY: 1-800-848-5429).
- беременной взрослой женщиной, и хотите подать заявление на страховку в связи с беременностью, через программу "Basic Health", звоните по телефону: 1-800-660-9840.
- взрослой небеременной женщиной, желающей подать заявление на предоставление продуктовых талонов или финансовой помощи, то звоните в Офис Общественного Обслуживания по месту Вашего жительства. Вам необходимо заполнить форму на бланке жёлтого цвета под названием "Заявление на предоставление пособий" DS HS 14-001(X). Номер телефона Вашего CSO Вы найдёте в подразделе "Штат Вашингтон, Офис Общественного Обслуживания (CSO)" раздела "Голубые страницы" (содержащего номера телефонов государственных учреждений) Телефонного справочника.

Медицинское обслуживание Беременных Женщин...
Совершенно бесплатно для вас

ВОТ ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ ПРИ ПОДАЧЕ ЗАЯВЛЕНИЯ

Ниже предлагается перечень пунктов, в соответствии с которыми необходимо предоставить информацию. Это поможет Вам правильно оформить заявление:

- Доход семьи: любой доход, получаемый Вашей семьёй. Используйте сведения, содержащиеся в таких документах, как:

- Корешки чеков любых недавних выплат, произведённых на имя кого-либо из членов семьи.
- Письмо от работодателя с указанием ОБЩЕЙ, налогооблагаемой суммы зарплаты (до произведения вычетов по налогам).
- Договор об Опёке, утверждённый судом - в случае, если кто-либо получает алименты на содержание ребёнка.
- Отчётные документы об индивидуальной трудовой деятельности за последние 30 дней, или
- Письма, содержащие решения о назначении льгот и пособий (вот некоторые примеры таких пособий: пособие от Администрации по Делам Ветеранов, пособия в связи с производственными травмами, пособие нетрудоустроенным, или же пособия социального обеспечения).

- Укажите номер Социального Обеспечения беременной женщины
и

- Представьте документальное подтверждение факта беременности медицинским работником, имеющим лицензию на такого рода деятельность, таким как врач, медицинская сестра, техник лаборатории.

Просьба заполненную форму заявления с приложенными документами, подтверждающими доход и наличие беременности, направлять по почте в Офис Общественного Обслуживания (CSO) по месту жительства.

Беременным женщинам, имеющим медицинскую страховку "Basic Health", для получения бланка формы "Заявления на предоставление льготного медицинского обслуживания в связи с беременностью" следует позвонить по телефону: 1-800-660-9840.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЛЬГОТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В СВЯЗИ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ
APPLICATION FOR MATERNITY MEDICAL BENEFITS

Прежде чем заполнить данное Заявление, пожалуйста, ознакомьтесь со следующей информацией:

Настоящее заявление представляет собой констатацию фактов, касающихся беременной женщины, нуждающейся в медицинском обслуживании. Только на основании Ваших точных ответов на все вопросы мы сможем установить, будем ли мы в состоянии оказать Вам помощь. Просьба заполнить печатными буквами.

Организация, помогающая клиенту заполнить Заявление _____

1. Имя		Инициал отчества		Фамилия	
2. Адрес местожительства		Улица	город	штат	почтовый индекс
3. Почтовый адрес (если он отличен от адреса местожительства)		Улица	город	штат	почтовый индекс
4. Номера телефонов		5.			
домашний ()	рабочий ()	Телефон для сообщений ()	Вам трудно говорить, читать или писать по-английски? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Вы нуждаетесь в услугах переводчика? (Если на этот вопрос Вы ответите утвердительно, то мы будем общаться через переводчика) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> На каком языке Вы говорите? _____		
6. Предполагаемая дата родов беременной женщины _____					
7. Имеется ли у беременной женщины заболевание, требующее безотлагательного медицинского ухода? <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					
СВЕДЕНИЯ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА					
8. Перечислите всех, проживающих по Вашему адресу, включая Вас лично. Используйте законные официальные имена. Не указывайте прозвищ или уменьшительных имён. Если вы не знаете чьего-либо Номера Социального Обеспечения, оставьте графу незаполненной.					
Имя фамилия отчество	Кем Вам доводится	Дата рождения месяц, число, год	Подаете заявление на страховку? Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/>	Гражданин США? Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/>	Номер социального обеспечения
A.	Я сама		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
B. Перечислить остальных членов семьи					
C.					
D.					
E.					
F.					
G.					
H.					
Расходы					
9. Платите ли Вы какому-либо лицу, присматривающему за Вашим ребёнком/детьми или за взрослыми иждивенцами в то время, пока Вы находитесь на работе?		Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/>	Если Вы ответили утвердительно, то сколько в месяц? \$ _____		
10. Платите ли Вы алименты на содержание ребёнка, не проживающего в Вашем доме?		Да <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/>	Если Вы ответили утвердительно, то сколько в месяц? \$ _____		

Если Вы не являетесь гражданином США, то Вам следует заполнить страницу 3 "Иммиграционный статус"

PAGE 1

Внесите в данные графы только НАЛОГООБЛАГАЕМЫЕ СУММЫ произведённых Вам выплат; не вносите сумм, не подлежащих налогообложению (после налоговых вычетов) Впишите нуль "0", если Вы Ваш супруг нетрудоустроен(а)

ДОХОД

Ваш трудовой доход		Трудовой доход Вашего супруга (если Вы замужем)	
11. Имя и номер телефона Вашего работодателя		13. Имя и номер телефона Вашего работодателя	
12. Налогооблагаемая сумма Вашего заработка за каждый период (до налоговых вычетов) \$ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно Количество часов, отрабатываемых каждую неделю		14. Налогооблагаемая сумма заработка Вашего супруга за каждый период (до налоговых вычетов) \$ <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Каждые две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно Количество часов, отрабатываемых каждую неделю	
Другие виды дохода	Сумма	Как часто Вы получаете этот доход?	Кто из членов семьи получает этот доход?
15. Содержание ребёнка или алименты	\$		
16. Выплаты по Социальному Обеспечению	\$		
17. Пособие нетрудоустроенным	\$		
18. Проценты с банковского счёта	\$		
19. Пособие ветеранам	\$		
20. Пособие в связи с производственной травмой	\$		
21. Военные пособия	\$		
22. Иные виды дохода (просьба, объяснить)	\$		

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

23. Вы уже имеете медицинскую страховку? Да Нет

Если Вы отметили утвердительный ответ "да", тогда укажите название Вашей страховой компании или работодателя, номер страхового полиса или имя/фамилию держателя страхового полиса и его номер социального обеспечения. Даже если у Вас уже имеется медицинская страховка, возможно, Вы всё же имеете право на льготное медицинское обслуживание.

Страховая компания или работодатель	Номер полиса	Имя/Фамилия держателя страхового полиса	Номер социального обеспечения держателя

24. Получал ли кто-либо из Вас медицинские услуги за последние 3 месяца, включая услуги, предоставляемые беременным и/или ведение дела беременной? Да Нет

ДОБРОВОЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Мы просим Вас добровольно сообщить нам, представителем какой расы или этнической группы Вы являетесь. Эти сведения не будут использоваться при рассмотрении вопроса о наличии у Вас права на льготы.

Европейское Латиноамериканское Афро-американское Коренных жителей Америки/Аляски Вьетнамское/Лаосское/Камбоджийское
 Иное азиатское или с тихоокеанских островов иное _____

Внимательно прочтайте, прежде чем подписывать

Я ПОНИМАЮ, ЧТО:

- Я обязана немедленно сообщить в Департамент Социального Обеспечения и Здравоохранения (DSHS) – письменно или по телефону – о любых изменениях обстоятельств своей жизни. Опоздание с таким сообщением может повлечь за собой неправомерное присуждение льгот.
- Моя жизненная ситуация подлежит проверке со стороны как DSHS, так и иных организаций на уровне штата, а также со стороны федеральных ведомств.
- Я обязана предоставить доказательства того, что имею право на вспомоществование. DSHS может оказывать мне содействие в получении таких доказательств или же обращаться за их получением к другим лицам, либо в иные организации.
- Ходатайствуя о предоставлении льготного медицинского обслуживания и получая его, я тем самым переуступаю все права на оказание мне любой медицинской поддержки – штату Вашингтон, а право производить платежи за медицинское обслуживание – любой третьей стороне.
- DSHS может передавать информацию о прививках моего ребёнка в Систему наблюдения за своевременной иммунизацией детей при Департаменте Здравоохранения – для целей, непосредственно касающихся административных вопросов предоставляемых медицинских программ
- Я понимаю, что данное Заявление подаётся только на льготное медицинское обслуживание, распространяющееся лишь на беременную женщину. Если же моя семья нуждается в финансовой помощи или продуктовых талонах, то нам необходимо подать соответствующее заявление через Офис Общественного Обслуживания при DSHS.

ИММИГРАЦИОННЫЙ СТАТУС

Пожалуйста, заполните этот раздел на любое лицо, не являющееся гражданином США (за исключением иностранных студентов и туристов) которое ходатайствует о предоставлении льготного медицинского обслуживания. Если у вас имеется юридически законный иммиграционный статус, приложите копии, снятые с обеих сторон документа, удостоверяющего этот статус. Вы не обязаны предоставлять доказательства иммиграционного статуса тех членов семьи, которые не подают заявления на предоставление льготного медицинского обслуживания.

Имя и фамилия лица, ходатайствующего о предоставлении медицинского обслуживания	Вы гражданин США?	Если не является гражданином США	
		Вам был выдан документ, удостоверяющий Ваш статус?	Если "да", то укажите дату вашего прибытия в США
Имя фамилия	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Имя фамилия	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Имя фамилия	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Имя фамилия	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	
Имя фамилия	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>	

ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДПИСЬ

Я прочёл/прочла и понял/поняла информацию, содержащуюся в данном Заявлении. Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что те сведения, которые я предоставил/предоставила в настоящем заявлении, являются, насколько мне известно, правдивыми, правильными и исчерпывающими.

Подпись Заявителя

Дата

При осуществлении всех программ и мероприятий, организуемых Департаментом Социального Обеспечения и Здравоохранения, дискриминация запрещается. Никто не может быть исключён из этих программ и мероприятия на основании расы, цвета кожи, убеждений, политических взглядов, национального происхождения, религиозных верований, возраста, пола или инвалидности.